

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Conditions générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## **Pharmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **Biologie et Biologie :**

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## **Optique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **Éducation :**

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **Dentaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## **Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :**

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## **Adresses Mails utiles**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



## Déclaration de Maladie

N° W19-439731

ARAPI

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Au</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>18395</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>LIDARY YOVNES</b>			
Date de naissance : <b>29/03/86</b>			
Adresse : <b>CALIFORNIA GOLF RESORT VILLA 30 BONSKOURA CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>0676209895</b>	Total des frais engagés : <b>450,00 DHS</b>		

Cadre réservé au Médecin			
<b>Docteur HABIB BEN ABDELLAH</b> <b>Chirurgien Dentiste</b> <b>Rés. Abdellah Ben Hafid Casablanca</b> <b>06.44.49.11.11</b> <b>16 OCT. 2019</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>30/10/19</b>			
Nom et prénom du malade : <b>LIDARY YOVNES</b>			
Age : <b>33</b>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Séz de la</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atter médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je d avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASABLANCA**

Le : **11/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Les natures des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Chirurgien et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### **Important :**

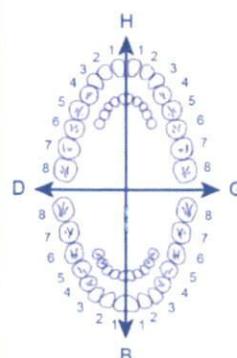
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
	J	dr	D <sub>12</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX D <sub>12</sub>
				MONTANTS DES SOINS 450
				DEBUT D'EXECUTION 30/09/14
				FIN D'EXECUTION _____

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

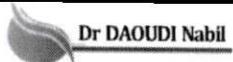
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<span style="font-size: 2em;">D12</span>												
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="font-size: 1.5em;">D12</span>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="font-size: 1.5em;">450p</span>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="font-size: 1.5em;">3/09/14</span>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="font-size: 1.5em;">[ ]</span>												
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="font-size: 1.5em;">[ ]</span>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="font-size: 1.5em;">[ ]</span>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="font-size: 1.5em;">[ ]</span>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="font-size: 1.5em;">[ ]</span>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Sous lequel



Dr DAOUDI Nabil

Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en Implantologie & Esthétique du sourire  
Lauréat de la F.M.D.C  
Ex attaché de l'Université Howard **WASHINGTON D.C.**  
Diplôme Universitaire d'implantologie de **TOULOUSE** France

## Facture N°: 19619

Date : 30/09/2019

Bénéficiaire : Mr Lidary Younes  
Mr LIDARY YOUNES

Email:

Code	Description	Dents	Prix	Sous-total
DE2	Détartrage 2 - 41	41	450,00	0,00
Total				0,00

Arrêté le présent document à la somme de :  
zéro dirham(s)

*[Handwritten signature]*  
Dr. DAOUDI Nabil  
Chirurgien Dentiste  
Specialiste en Implantologie & Esthetique du Sourire  
Tél: 0522 23 78 75  
Numéro Appt: 4  
Document N° 19619

236 Angle Bd Abdelmoumen et Rue Pasquier **CASABLANCA** Tel : 05 22 23 78 75  
IF : 42202642 ICE:002190416000056 CNSS :7047162